

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 22

Etude Etiologique et Thérapeutique des Vésicules Biliaires Intolérantes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Claude ARNAL

Né à Recoules (Aveyron), le 22 Mars 1909

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE

LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1932

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES VESICULES BILIAIRES INTOLÉRANTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 22

Etude Etiologique et Thérapeutique des Vésicules Biliaires Intolérantes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Claude ARNAL

Né à Recoules (Aveyron), le 22 Mars 1909

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE
46, Rue de l'Université, 46
LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, Agrégé, chargé de cours)
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAUVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINE
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.).
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. BÉRARD, Président ; SANTY, Assesseur

MM. CHALIER A. et CIBERT Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

AUX MIENS ET A MES AMIS



A NOS MAITRES DES FACULTÉS
DE MONTPELLIER ET DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES
ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

*Professeur de clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur
Associé National de l'Académie de Médecine.*

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse ; nous lui exprimons
notre respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET-GUY

Chef de clinique chirurgicale.

Qui a bien voulu nous inspirer
ce travail ; nous le remercions
bien vivement pour l'amabilité
avec laquelle il nous a conseillé et
aidé.

PRÉAMBULE

Il existe différents types de transit biliaire.

Les premières explorations radiologiques des voies biliaires par l'injection de liquides opaques dans une fistule vésiculaire ou cholédocienne ont montré le grand intérêt de la méthode pour déceler des obstacles s'opposant au libre passage de la bile. MM. Carnot et Blamoutier, Dunet, Cotte, Kempeneers, Waltzel, Demel, ont pu ainsi déceler des calculs oubliés dans les voies biliaires, des rétrécissements s'opposant à la fermeture spontanée de la fistule.

Mais il a semblé à MM. Bérard et Mallet-Guy qu'on pouvait faire plus et, comme M. Cotte l'avait présenté, interroger cette méthode sur la physiologie pathologique des voies biliaires après cholécystostomie.

Ainsi que MM. Bérard et Mallet-Guy l'ont écrit : « Pousser une injection opaque dans la vésicule, c'est déposer dans un organe qui ne peut se vider que par son propre effort, une liquide dont on pourra analyser le transit dans les voies biliaires. L'exploration radioscopique d'une fistule biliaire au lipiodol correspond à l'étude du transit biliaire, combien plus simple et plus facile que celle du transit intestinal, cependant aujourd'hui d'usage courant. »

Dans un grand nombre de travaux, MM. Bérard et

Mallet-Guy ont indiqué toute une série de types physiopathologiques de transit biliaire qu'ils ont opposé au type normal tel que l'avait décrit la thèse de leur élève Leroudier. Ils ont pu ainsi définir le mode d'évacuation biliaire après cholécystectomie, dans les ictères infectieux, dans les compressions par pancréatite chronique. En collaboration avec M. le Professeur Savy, ils ont étudié, de ce point de vue, les syndromes douloureux vésiculaires pseudo-lithiasiques, communément appelés vésicules de stase.

Tantôt les réactions motrices des voies biliaires sont normales, et l'origine de la douleur et des signes fonctionnels réside non pas dans un dysfonctionnement moteur, mais dans un trouble fonctionnel de la muqueuse vésiculaire, caractérisé par une hypersécrétion muqueuse (Villard, Santy et Mallet-Guy).

Tantôt l'image radiologique est celle d'une vésicule distendue, se vidant très lentement, image d'une vésicule de stase.

Tantôt, enfin, les réactions sont toutes différentes. Dès les premiers centimètres cubes de lipiodol injectés, le patient accuse des douleurs, la vésicule ne se laisse pas remplir et, animée de contractions extrêmement énergiques, se vide immédiatement à mesure que l'on pousse l'injection : la voie biliaire principale se laisse, par contre, distendre et un reflux se fait dans les canaux intra-hépatiques.

Le but de ce travail est d'étudier ce syndrome très précis, défini par de telles réactions d'intolérance vésiculaire, d'en rechercher les causes et d'étudier le problème thérapeutique qu'il soulève.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique

des vésicules biliaires intolérantes

Nous devons tout d'abord définir ce qu'est le syndrome « vésicule biliaire intolérante » d'après la lecture des observations dont nous donnons le détail dans le chapitre suivant.

Au point de vue clinique, les malades porteurs de cette affection se présentent à nous avec un tableau de cholécystite chronique. Le symptôme primordial est la douleur vésiculaire qui, dans la majorité des cas, est d'abord assez peu accentuée ; puis surviennent, à intervalles irréguliers, des crises douloureuses siégeant au creux épigastrique ou dans l'hypocondre droit, s'irradiant entre les deux épaules ou dans la région scapulaire droite, et pouvant même en imposer, comme chez une de nos malades, pour une affection gastrique jusqu'au moment où un signe vint attirer l'attention du côté du foie. Ces crises douloureuses, suivies de nausées ou de vomis-

sements et de digestions pénibles, peuvent constituer toute la symptomatologie des vésicules intolérantes ; mais il est des cas où elles s'accompagnent de quelques frissons discrets, d'une température subfébrile et d'ictère éphémère. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes ; l'état général, qui, au début, était bon, est touché bientôt, de l'amaigrissement et de l'asténie apparaissent, l'appétit disparaît, les malades éprouvent du dégoût pour les viandes et les matières grasses, avec sensation de pesanteur après les repas et céphalée.

Lorsque l'on examine de pareils malades, on ne trouve guère qu'un point vésiculaire, mais on ne peut percevoir le bord inférieur du foie ni la vésicule. A la radioscopie, transit gastrique et bulbe duodéal apparaissent comme normaux. La cholécystographie a été pratiquée dans trois cas : chez la première malade, quinze heures après l'absorption de tétraiodophénolphtaléinate de soude, on vit une ombre très peu marquée, allongée verticalement à égale distance de la colonne et de l'extrémité de la douzième côte avec la partie inférieure arrondie au niveau du bord inférieur de la douzième lombaire, disparition de l'image sur un deuxième cliché pris deux heures après le repas. Chez la deuxième malade, la cholécystographie ne montra pas d'ombre vésiculaire et le tubage duodéal n'amena pas de bile B, alors que le tubage duodéal pratiqué chez la première malade amena une bile B normale, sans qu'aucune douleur se produisit au cours de l'épreuve. Chez la troisième malade, la cholécystographie seule fut prati-

quée et ne mit pas en évidence d'ombre vésiculaire.

Lorsque l'on eût pratiqué l'incision de la paroi, l'on se trouva en présence de vésicules assez peu malades, non distendues, sans trace d'inflammation, sauf dans un cas où le bassinnet était nettement enflammé, et sans calculs. Dans deux cas, des adhérences sous-hépatiques reliaient la vésicule au côlon et au duodénum.

La bile, d'aspect habituellement normal, était dans tous les cas rigoureusement stérile, ne renfermant non plus ni cellules, ni globules.

Dans un cas, l'examen histologique nota des altérations très discrètes, une légère hypervascularisation au niveau de la couche musculaire, des cryptes glandulaires très légèrement hyperplasiées et plus profondes que normalement, avec un revêtement cellulaire normal.

La cholécystostomie fut pratiquée chez nos cinq malades.

Les suites opératoires furent dans tous les cas excellentes. Aussitôt après l'opération, on note la disparition radicale de la douleur et des troubles fonctionnels, et la réapparition de l'appétit. Une bile normale s'écoulait par la fistule, et cet écoulement ne fut pas influencé par l'administration d'atropine durant une semaine. Dans un cas, l'écoulement de bile fut remplacé, au bout de quelques jours, par l'écoulement d'un liquide muqueux. Dans un autre cas enfin, une cholécystorraphie ayant été pratiquée quelques mois après la cholécystostomie, les douleurs reparurent immédiatement, aussi vives qu'avant la pre-

mière intervention, et on dut rouvrir la bouche de cholécystostomie.

Lorsque l'on pratique le tubage duodénal, l'épreuve de Meltzer-Lyon ne donne ni douleur ni écoulement par la fistule ; la bile cholédocienne et le liquide pancréatique sont normaux. Dans deux cas, l'épreuve de Meltzer-Lyon provoqua l'écoulement de bile B par l'orifice de cholécystostomie.

C'est surtout la radiologie de la fistule qui est intéressante dans l'étude des vésicules biliaires intolérantes, et c'est d'ailleurs sur cette épreuve qu'est basée la possibilité de différenciation de ce syndrome. En effet, nos malades ont présenté un tableau d'une frappante uniformité lorsque l'on a injecté le lipiodol à travers la fistule pour faire l'étude du transit biliaire.

Afin de faire bien ressortir l'aspect tout particulier qu'offre le transit biliaire dans les cas de vésicules intolérantes, nous prendrons comme terme de comparaison l'étude que fait Leroudier, dans sa thèse, du transit biliaire normal.

« A l'exploration radiologique, après injection de liquide opaque, par la fistule de cholécystostomie, dit-il, on constate dans les cas normaux que la vésicule se laisse facilement remplir sans provoquer de douleurs. Elle admet ainsi une quantité variable de liquide, de 15 à 20 cc. environ. Quelques minutes après sa réplétion, 2 à 5 minutes à peu près, des contractions vésiculaires se produisent, qui se traduisent bientôt par l'évacuation lente de la vésicule.

Le cystique se dessine alors, puis le cholédoque et parfois l'hépatique, mais ce dernier jamais bien au delà de sa bifurcation.

Le cystique apparaît mince et toujours très sinueux; c'est là son aspect normal, et l'on ne doit pas chercher à expliquer par ces sinuosités un trouble de l'évacuation vésiculaire quand il en existe.

Le cholédoque, d'un diamètre supérieur, bien que ne dépassant guère 5 $\frac{m}{m}$ normalement, doit être régulier comme trajet et surtout comme calibre. On ne voit pas, à l'état normal, de rétrécissement au niveau de la portion pancréatique. Tout au plus peut-on noter un très minime amincissement, mais sans jamais de diminution nette et brusque du calibre. Le point le plus large du canal commun est normalement situé au niveau du confluent cystico-hépatocolédocien. On peut noter sur le cholédoque des variations de largeur qui correspondent à des trains d'ondes péristaltiques ; mais elles apparaissent surtout comme des irrégularités sur les clichés. Bien vite après le début de l'évacuation vésiculaire, le sphincter d'Oddi se dessine sous la forme d'une extrémité effilée et des décharges de lipiodol font rythmiquement irruption dans le duodénum.

Au bout d'un quart d'heure la vésicule est presque totalement vidée et il n'y a plus que quelques taches fragmentées dans la voie principale.

Insistons, en terminant, sur le fait qu'aucune douleur ou sensation subjective quelconque ne doit être perçue par le malade. »

Il en est tout autrement chez nos cinq malades où, dès l'injection des premiers centimètres cubes, les malades ressentent une douleur très nette rappelant de très près les douleurs ressenties au cours des cri-

ses qui les ont amenées à consulter le chirurgien. Une seule des cinq malades n'a pas ressenti de douleurs. Aussitôt, la voie biliaire principale apparaît à l'écran injectée jusque dans ses plus petites ramifications intra-parenchymateuses et, dans quelques cas, dilatée, sauf à la partie inférieure dont le calibre est très réduit. L'ombre vésiculaire est petite et irrégulière ; la vésicule, animée de contractions très rapides, réalise une véritable danse et expulse énergiquement son contenu dans la voie biliaire principale. L'excrétion dans le duodénum ne tarde pas à se faire, soit sous forme de chasses brusques et rapides, soit moins rapidement. On a pratiqué des radioscopies et des radiographies dix minutes après l'injection de lipiodol, et l'on a constaté que la vésicule était complètement vide ou ne révélait plus qu'une petite trace lipiodolée, l'hépto-cholédoque ne contenait que quelques légères traînées opaques, le hile était encore légèrement dessiné, le duodénum et la première anse jéjunale apparaissaient déjà.

En somme, et pour nous résumer, nous pouvons dire que le syndrome vésicule biliaire intolérante est caractérisé par les données suivantes :

— Il est impossible de déclencher le syndrome douloureux par le tubage duodénal et l'épreuve de Meltzer-Lyon chez ces malades, qui se présentent avec le diagnostic clinique de cholécystite. On peut retirer de la bile B aseptique.

— L'intervention montre une vésicule non distendue.

— La cholécystostomie soulage parfaitement la malade.

— Le mécanisme de la douleur est éclairé par l'étude radiologique d'une injection de lipiodol par l'orifice de cholécystostomie : dès les premiers centimètres cubes injectés, la malade accuse une douleur très nette, présentant le même caractère que celles qui l'ont amenée à l'hôpital. En même temps se déclenchent d'énergiques contractions qui ne laissent pas à la vésicule, animée d'une véritable danse, le temps de se dilater.

— La voie biliaire principale dilatée se dessine de suite et les arborisations intrahépatiques sont immédiatement injectées, — ce qui est anormal chez les sujets non cholécystectomisés, — malgré la faible quantité de lipiodol qui a été poussée par la fistule biliaire.

— Ainsi la douleur se produit, à l'inverse de la vésicule de stase, non au moment de l'excrétion, mais au moment de la réplétion vésiculaire.

— Une fistule rebelle après la cholécystostomie est la rançon de la disparition des douleurs.

Certains auteurs ont décrit des faits qui peuvent être rapprochés de ceux que nous venons d'exposer.

Schöndube qui, par ailleurs, cite MM. Bérard, Savy et Mallet-Guy, a vu des cas caractérisés, après injection de pituitrine, par un temps de latence raccourci, un début d'évacuation saccadé et un flot biliaire très fort. La sonde duodénale étant en bonne place, la bile s'écoule abondamment. Quelquefois, il se produit une évacuation spontanée sous la seule influence de l'excitation produite par la sonde. Sur douze cas, on constata sept fois l'existence de contractions spontanées

après un intervalle de dix minutes ; trois fois l'intervalle fut de vingt minutes et deux fois au-dessus. Le plus souvent, on constate l'apparition d'un flux biliaire très fort ; on a l'impression que la vésicule se vide au maximum, impression confirmée par la radiographie. Dans un cas, la radioscopie montra une importante stase biliaire dans le cholédoque et l'hépatique, avec une vésicule contractée au maximum et un obstacle semblant siéger sur la partie duodénale du cholédoque. Dans quelques cas, on peut même parler de véritables crises tétaniques.

Chiray et Lomon décrivent deux cas d'hyperkinésie vésiculaire. Dans un de ces cas, en dehors des repas, à la moindre excitation duodénale, au simple palper de la paroi, la vésicule se contracte et se vide brutalement. Au repos, la vésicule a la forme d'une goutte d'eau prête à se détacher à l'extrémité du compte-gouttes. En moins d'une demi-minute, sous l'effet de l'excitation initiale, son fond est remonté, son diamètre a diminué considérablement ; elle a expulsé tout son contenu. Dans un deuxième cas, on fait ingérer au malade un mélange chaud de baryte, de chocolat et de sucre. Une contraction énergique et prolongée se produit, qui entraîne la disparition de l'ombre vésiculaire en moins de trois minutes. Le changement de forme de la vésicule est le même que dans le cas précédent.

Bufano rapporte un cas d'hyperkinésie chez un malade dont le parasympathique était très excitable. Il pratique à deux reprises l'injection de tétraiodophtaléine après un jeûne de quatre heures, et, onze heu-

res après l'injection, il ne constate pas d'ombre vésiculaire. Une troisième injection de six grammes faite dans les mêmes conditions montre une vésicule bien injectée, très contractée et spastique, ayant la forme d'une banane. La vésicule a presque totalement évacué son contenu dix minutes après l'ingestion d'un jaune d'œuf. Dix heures après l'ingestion de trois jaunes d'œuf, il reste quelques résidus de substance opaque dans la vésicule.

CHAPITRE DEUXIÈME

Documents cliniques

Nous venons d'indiquer les éléments qui caractérisent cette forme particulière du syndrome vésicule-pseudo-lithiasique défini par MM. Bérard, Savy et Mallet-Guy.

Depuis les deux premières observations de ces auteurs, publiées en 1928, de nouveaux faits sont venus se ranger dans ce syndrome bien spécial. Deux de ces malades ont été opérés, à la clinique de M. le Professeur Bérard, par MM. Guilleminet et Mallet-Guy, et une troisième observation a été publiée par MM. Patel et Mallet-Guy :

OBSERVATION I

Syndrome douloureux vésiculaire par vésicule biliaire intolérante et sténose relative du sphincter d'Oddi.

F., 55 ans, entrée salle A. Lumière le 18 février 1927, envoyée par M. le Professeur Savy avec le diagnostic de *cholécystite chronique probablement lithiasique*.

Vieille fille n'ayant présenté aucun antécédent pathologique jusqu'à l'âge de 50 ans. Elle commença alors à souffrir par crises, survenant brusquement à intervalles assez irréguliers.

Les douleurs siègent au creux épigastrique, s'irradiant en arrière entre les deux épaules, mais non dans l'épaule droite. Elles surviennent à une heure quelconque de la journée ou de la nuit, sans rapport avec l'alimentation. Au cours de la crise, pas de frissons, mais souvent une sensation anormale de froid. La température n'a pas été prise. Pas d'ictère consécutif. Ces douleurs durent quelques heures, ne se prolongent pas plusieurs jours.

Quelques rares vomissements postprandiaux ; pas de diarrhée, mais constipation habituelle.

Jusqu'à la fin de 1926, la malade avait gardé bon appétit et n'avait pas maigri ; mais depuis deux mois, les crises, qui ont gardé les mêmes caractères, se sont rapprochées survenant parfois à deux reprises au cours de la même semaine. De plus, dans leur intervalle, persistent des sensations de pesanteur, particulièrement après les repas, et s'accompagnant de céphalée. L'appétit a disparu. Dégoût marqué pour la viande. Léger amaigrissement et asthénie.

L'examen clinique révèle seulement un léger subictère des conjonctives. On ne perçoit ni la vésicule, ni le bord inférieur du foie. Pas de points douloureux abdominaux nets. L'examen général est négatif.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires. — Cholécytographie : 1^{er} cliché. Quinze heures après l'absorption de 4 gr. 50 de tétraidophénolphtaléinate de soude en pilules de 0,30 : image très peu marquée de la vésicule. Ombre allongée verticalement à égale distance de la colonne et de l'extrémité de la 12^e côte ; la partie inférieure s'arrondit nettement en une courbe régulière au niveau du bord inférieur de la 12^e lombaire. Le rein droit est ptosé, son pôle inférieur atteignant la crête iliaque.

Sur un deuxième cliché pris deux heures après un repas : disparition de cette image que l'on est en droit de qualifier de « vésiculaire ».

Un tubage duodéal est pratiqué à deux reprises, les 23 et 28 février : réaction sensiblement normale des voies biliaires.

Intervention le 3 mars 1927 (Professeur Bérard, Docteur Mallet-Guy). Rachianesthésie satisfaisante entre L II et L III. Incision oblique sous-costale droite. Découverte d'une vésicule ptosée, longue, dépassant de trois travers de doigt le bord tranchant du foie et descendant à droite de l'antra pylorique. La vésicule n'est pas tendue, ses parois sont un peu grises, mais sans trace d'inflammation. Elle ne présente pas de calcul à son intérieur. Le duodénum, l'estomac, le pancréas sont sains. Ces données confirment les renseignements fournis par l'examen fonctionnel des voies biliaires. En raison de l'état fonctionnel accusé par la patiente, on pratique une cholécystostomie. A l'ouverture de la vésicule on prélève un échantillon de bile, macroscopiquement normale, et un fragment de la paroi vésiculaire, qui semble également saine.

Examen de la bile recueillie au cours de l'intervention (Docteur Gardère) ; à l'examen direct : pas d'éléments cellulaires, pas de microbes — très rares cristaux de cholestérine. Cultivée elle demeure stérile.

Examen histologique du fragment prélevé (Docteur Dunet) les lésions présentées par la vésicule sont très discrètes.

Suites opératoires : excellentes. Le tube est enlevé le 18^e jour. L'écoulement biliaire se prolonge, sans caractères particuliers. Les troubles fonctionnels ont cessé radicalement depuis l'intervention. La malade n'a plus ressenti aucune douleur.

La fistule donne constamment un écoulement de bile sans qu'à aucun moment se substitue un flux muqueux. L'écoulement n'est modifié en rien par l'administration d'atropine prolongée pendant une semaine.

Examen radiologique du trajet biliaire, le 30 mars. On injecte d'abord une solution iso-visqueuse qui est peu visible. Dès l'injection des premiers centimètres cubes, la malade accuse une douleur très nette qu'elle identifie très exactement aux douleurs spontanées, qui l'ont amenée à l'hôpital. Aussi bien ne peut-on injecter que 10 centimètres cubes.

Une radiographie est faite alors : l'image est floue. On distingue cependant le trajet de la voie biliaire principale, injectée et dilatée. Pas d'image vésiculaire.

Puis on injecte du lipiodol. Les mêmes sensations douloureuses sont reproduites et l'on note alors d'une façon parfaite le transit du liquide injecté : la vésicule ne reste pas remplie, elle apparaît comme une ombre petite et irrégulière.

Par contre, le cholédoque, qui immédiatement devient visible, semble très dilaté, sauf à sa partie inférieure, qui présente un calibre très réduit. Des ondes contractiles descendent le long de la voie biliaire principale et aboutissent à des chasses brusques et très rapides. Mais à aucun moment les dimensions de la portion terminale du cholédoque n'augmentent. Sur 1 ou 2 centimètres il est comme contracturé. L'évacuation du lipiodol se fait activement et un cliché, pris dix minutes après une injection, montre qu'il ne reste plus qu'une tache opaque dans la portion dilatée de la voie biliaire principale, et plus rien dans la vésicule.

Un nouveau cliché est pris de suite après réinjection de 10 centimètres cubes de lipiodol. On distingue très nettement, malgré la faible quantité de liquide opaque qui a été poussée, le dessin, non seulement des voies biliaires extra-hépatiques, mais encore des arborisations intra-parenchymateuses jusqu'à leurs 6° et même 7° degrés.

La vésicule est toute petite ; l'hépatique, très dilaté, mesure 1 centimètre de diamètre ; la région du confluent est coudée à angle droit et offre un calibre normal. Le cholédoque est fusiforme, très dilaté dans sa partie supérieure, s'effilant régulièrement jusqu'à l'ampoule de Vater.

Toutes ces manœuvres n'ont été suivies d'aucun trouble fonctionnel.

Indication opératoire : Ces divers renseignements permettent de comprendre le mécanisme des crises douloureuses et de leur cessation après la cholécystostomie. La vésicule est intolérante, le sphincter d'Oddi est vraisemblablement contracturé ; ces deux facteurs déterminent la dilatation de la voie biliaire principale. La fistulisation de la vésicule

supprime les contractions douloureuses de l'organe. Une fistulisation permanente s'impose et sera réalisée par une anastomose.

Deuxième intervention le 30 avril 1927 (Professeur Bérard, Docteur Mallet-Guy, M. Armanet). — Libération de la vésicule avec excision de la cicatrice. Découverte de l'estomac qui peut être amené facilement au contact de la brèche vésiculaire. Le clamp d'Abadie permet une bonne suture transversale, perpendiculaire à l'axe de l'antré pylorique, au catgut, à trois plans.

Suites opératoires : excellentes ; cicatrisation. Persistance des résultats fonctionnels acquis après la première intervention.

Etude fonctionnelle de la bouche de cholécystogastrostomie. — Il semble que l'on peut conclure du tubage et de l'exploration radiologique à l'absence de reflux gastrique appréciable dans la cavité vésiculaire, à la continence de la bouche anastomotique et à la persistance d'une certaine excrétion biliaire par le cholédoque.

L'anastomose a maintenu l'heureux résultat de la cholécystostomie : disparition des douleurs, digestions excellentes ; la malade se déclare transformée, reprend un état général meilleur et engraisse. Elle continue à suivre un petit régime qu'elle abandonne au bout de deux ans.

Le 5 février 1930, nous la présentons à la Société des Sciences Médicales, pratiquement guérie, et cette guérison s'est maintenue depuis lors.

Le 21 octobre 1931, elle accepte de subir une nouvelle exploration fonctionnelle : radiologiquement, pas de reflux vésiculaire et le tubage gastroduodénal simultané confirme la perméabilité de l'anastomose et la persistance de chasses cholédociennes.

Le 3 mars 1932, soit près de 5 ans après la cholécystogastrostomie, aucun signe n'est venu troubler la guérison, et l'examen clinique reste négatif ; la malade est présentée à la Société de Chirurgie de Lyon.

OBSERVATION II

Syndrome douloureux vésiculaire, par vésicule biliaire intolérante et léger degré de sténose du sphincter d'Oddi.

F., 54 ans, envoyée salle Lumière, le 16 mai 1927, par M. le Professeur Bérard, pour syndrome vésiculaire.

Bonne santé habituelle. Mariée, une fille bien portante, mari mort d'affection indéterminée.

Le syndrome actuel a débuté en février 1924, sans cause appréciable, par des douleurs assez vives apparaissant dans l'hypocondre droit, généralement trois ou quatre heures après les repas. La malade n'a jamais noté de fièvre, ni d'ictère. Cependant les matières étaient fréquemment décolorées et les digestions habituellement mauvaises.

Régime et traitement médical améliorent ces troubles qui cependant ne cèdent jamais complètement. Ils persistent avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. On retrouve dans l'interrogatoire des périodes de guérison presque parfaite, pendant lesquelles les œufs et les matières grasses sont bien digérés.

En janvier 1926, le Docteur Vuillermoz nota l'existence d'une tuméfaction de l'hypocondre droit, qu'il estima être probablement vésiculaire et conseilla à la malade d'aller consulter un chirurgien à Lyon.

Malgré l'absence de complications, coliques hépatiques ou ictère, on relève un amaigrissement notable de 10 kilogrammes depuis trois ans, sans que l'appétit ait diminué.

En mai 1927, l'état fonctionnel est le suivant : la malade digère à peu près bien, mais à la condition expresse de suivre strictement son régime. Les matières sont normalement colorées ; ni constipation, ni diarrhée, pas de vomissements.

Elle souffre à peu près constamment dans l'hypocondre droit, surtout après les repas, douleurs restant légères et ne s'irradiant ni dans le dos, ni dans l'épaule droite.

L'état général semble bon. Pas de température. Langue saburrale.

L'examen de l'abdomen détermine un point douloureux, nettement localisé, au siège vésiculaire. On ne perçoit ni la vésicule, ni le bord antérieur du foie.

Les urines sont de couleur normale. Pas de pigments biliaires, ni sucre, ni albumine.

Examen fonctionnel des voies biliaires. — Un examen radioscopique préalable de l'estomac et du duodénum a montré le 17 mai une bonne évacuation gastrique ; l'estomac est mobile, se contracte bien, ne présente pas d'images anormales ni de points douloureux. Par contre, le point douloureux, très net à l'examen clinique, est retrouvé au niveau de l'angle supérieur du duodénum.

Sur un cliché pris à la suite de cet examen, le bulbe apparaît avec un contour flou et s'effile à son sommet en une languette incurvée.

Cholécystographie : le 20 mai : quinze heures après l'ingestion de 15 pilules de 0 gr. 30 de tétraiodophénolphthaléinate de soude, on ne peut déceler une ombre vésiculaire. Non plus jusqu'à la 18^e heure.

Tubage duodéal : le 23 mai : on retire d'abord à jeûn quelques canticubes d'un liquide absolument incolore, bien que l'on soit certainement dans le duodénum, comme le montre l'épreuve de l'ingestion d'un liquide coloré (vin).

L'injection de 30 centimètres cubes de la solution de Meltzer-Lyon ne détermine pas tout d'abord d'excrétion biliaire. On recueille un liquide rosé, que l'on vérifie ne pas contenir de sang et qui est seulement coloré légèrement par le contenu gastrique. Puis, sans qu'aucune douleur soit accusée par la patiente, apparaît une bile claire ; 10 centimètres cubes environ. Pas de bile B.

Conclusion : l'absence de vésicule, visible au tétraïode, et de bile B plaident en faveur d'une lésion vésiculaire ou tout au moins d'un trouble de la fonction vésiculaire. Mais ce ne sont que des signes négatifs, auxquels viennent s'ajouter l'indolence de l'excrétion biliaire, et qui ne permettent pas de conclure formellement à l'existence d'une cholécystite.

Intervention le 24 mai 1927 (M. le Professeur Bérard ; Docteur Mallet-Guy, M. Latreille). — Le diagnostic étant hésitant, on incise tout d'abord sur la ligne médiane et l'on constate l'intégrité de l'estomac et de la région pylorique. On branche une incision oblique qui découvre une vésicule à paroi un peu épaissie, et dont le bassinet est nettement enflammé et adhérent à la deuxième portion du duodénum et à l'angle supérieur, radiologiquement douloureux à la pression.

La vésicule, le bassinet, le cystique, le carrefour, la voie biliaire principale ne renferment aucun calcul. Une cholécystostomie est pratiquée. De la vésicule s'écoule une bile d'aspect normal, qui — un examen bactériologique l'a montré — est stérile (cultures demeurées quarante-huit heures intactes).

Suites opératoires : excellentes. La température ne dépasse pas 38°4 le 2^e jour et restera entre 37°9 et 37°.

L'écoulement biliaire est abondant et persiste après l'ablation du tube, le 8 juin.

Exploration fonctionnelle de la fistule biliaire. — Un *tubage duodénal* est tenté, mais le tube ne pénètre pas dans le duodénum.

Examen radiologique après injection opaque dans les voies biliaires : le 21 juin 1927.

A la radioscopie, on assiste, dès les premiers centicubes de lipiodol injectés, à une véritable danse de la vésicule qui est animée de contractions très violentes et à la suite desquelles se remplit instantanément la voie biliaire principale. De suite se dessinent les arborisations intrahépatiques.

Le cholédoque semble un peu dilaté. Pendant quelques minutes le passage d'Oddi reste clos, tandis que la vésicule reste toujours agitée de très vives ondes péristaltiques. Puis l'excrétion biliaire a lieu mais de façon peu rapide.

Dès le début de l'injection, la malade accuse une douleur très nette, qui présente les caractères mêmes des douleurs spontanées.

Une première radiographie est faite un quart d'heure après l'injection : la vésicule contient encore une certaine

quantité de lipiodol, elle a été surprise au cours d'une contraction ; le cystique dessine ses méandres sans que l'on note d'irrégularités de calibre. Dans la voie biliaire principale il persiste du lipiodol au niveau de l'hépatique et dans la portion pancréatique du cholédoque qui est dilatée et séparée de l'ampoule par un sillon. Quelques traces dans les arborisations du hile. Le duodénum se dessine, ainsi que la première anse jéjunale.

Une nouvelle injection de 10 centimètres cubes est pratiquée, déterminant, elle aussi, une sensation douloureuse et une deuxième radiographie est faite immédiatement : l'aire vésiculaire a doublé par la dilatation du fond de l'organe. Deux encoches séparent fond et bassin, donnant à la vésicule une forme en brioche. La voie biliaire principale est entièrement dessinée ; elle est à peu près régulièrement dilatée, dilatation surtout marquée dans la portion pancréatique du cholédoque. On retrouve le sillon qui la sépare de l'ampoule dont le sommet s'effile et se prolonge par la traversée très resserrée du sphincter d'Oddi. Le confluent est coudé à 12°, l'hépatique montant obliquement à droite. Les arborisations intra-hépatiques sont dessinées jusqu'aux branches du 3° degré. Mais loin au-delà, des traces de lipiodol indiquent l'étendue de la pénétration initiale.

Une médication belladonnée est instituée pendant huit jours sans que l'écoulement biliaire ne soit en rien modifié. Il persiste toujours abondant, tandis que l'état fonctionnel de l'opérée reste parfait.

Deuxième intervention le 7 juillet 1927 (Professeur Bérard, Docteurs Mallet-Guy et Guilleminet). — Grâce à une incision circonscrivant l'orifice de cholécystectomie, on dégage sans peine le corps de la vésicule. Prolongeant l'incision du péritoine pariétal, on découvre la région pylorique que l'on amène au contact du fond de la vésicule. L'anastomose est pratiquée par incision transversale de l'antre, à trois plans de sutures.

Suites opératoires excellentes.

La malade est revue le 28 septembre 1927 en excellente

santé, digérant bien, n'ayant pas souffert depuis l'intervention et ayant repris du poids.

Exploration fonctionnelle de la bouche anastomotique. — Cholécystogastrostomie continente, reflux gastrique dans la cavité vésiculaire.

Le 27 septembre 1927, l'opérée est revue en excellente santé, digérant bien, n'ayant pas souffert, ayant repris du poids. L'exploration fonctionnelle de la bouche anastomotique la montre continente et indique un reflux gastrique dans la cavité vésiculaire.

Nous n'avons pu revoir cette malade qui habite à 160 kilomètres de Lyon. Mais elle nous a écrit le 5 novembre 1931 qu'elle allait très bien et nous témoignait sa reconnaissance.

OBSERVATION III

Jeune femme de 26 ans, mariée, sans enfants, pas de fausse couche. En 1921, la malade a présenté des troubles urinaires avec phénomènes de cystite et en même temps d'abondantes pertes blanches.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 12 février 1929. Elle présente des troubles vésiculaires qui ont débuté, il y a 5 ans environ, par des douleurs sous le rebord costal droit, surtout intenses pendant l'inspiration, quelques nausées de temps à autre, une constipation opiniâtre. Digestions pénibles surtout pour le lait, les œufs, les viandes, les graisses, avec douleurs d'estomac. En mai 1928, la malade présente une grande crise douloureuse vésiculaire avec irradiation scapulaire droite, vomissements, température à 38°5, puis ictère éphémère. Surviennent ensuite cinq autres crises en juillet, octobre, novembre, décembre, janvier, la dernière crise durant 15 jours.

A l'entrée, malade à conjonctives un peu subictériques, très constipée, apyrétique. L'examen de l'abdomen montre un foie petit et un point douloureux vésiculaire, sans empatement.

Intervention par le Docteur Mallet-Guy, le 19 février. Rachi-anesthésie excellente. Incision oblique sous-costale. Adhérences étendues sous-hépatiques du colon et du duodénum, que l'on sépare, manœuvre qui nécessite la section de brides individualisées à droite et à gauche de la vésicule. Ces adhérences se poursuivent de chaque côté du collet de la vésicule. Exploration du cholédoque, de la vésicule, du duodénum et du pancréas négative. Grosse vésicule.

Cholécystostomie. — Bile vésiculaire très épaisse, noirâtre. Prélèvements pour examen de la bile et biopsie de la paroi vésiculaire.

Le 25 février, la malade fait une poussée de température à 40° avec subictère des conjonctives et urines foncées et peu abondantes.

Examen de la bile opératoire (Docteur Josserand). — Examen direct, nombreux cristaux de cholestérine, pas de microbes, ni cellules, ni globules. Culture stérile après 24 heures d'étuve.

L'écoulement biliaire reste abondant, oscillant entre 150 et 300 cc. par jour, d'abord exclusivement biliaire, puis présentant vers le milieu de mars une dissociation muqueuse assez nette. Il s'écoule à ce moment-là un liquide jaune pâle par la fistule. Au milieu d'avril cette dissociation persiste.

Examen radioscopique au lipiodol, le 3 avril. — Dès l'injection des 5 premiers cc., la malade accuse une douleur très nette qui coïncide avec une énergique évacuation par contraction de la vésicule qui ne se laisse pas remplir et apparaît sous la forme d'un conduit étroit, bosselé par les ondes contractiles. En même temps, la voie biliaire principale est injectée, cholédoque, hépatique, canalicules intra-hépatiques. Il passe rapidement quelques bouchées de lipiodol dans le duodénum. Mais la voie biliaire principale reste pleine comme s'il existait un spasme du sphincter d'Oddi. D'ailleurs, pas de dilatation. De nouvelles explorations lipiodolées confirment le diagnostic.

Il s'agit d'une vésicule intolérante. Depuis l'opération la malade n'a plus ressenti de crises douloureuses, mais c'est

au prix d'une fistule persistante. On pose l'indication d'une cholécysto-gastrostomie secondaire.

Le 9 avril l'analyse de l'écoulement biliaire par la fistule montre la persistance de la dissociation muqueuse.

Intervention (Docteur Mallet-Guy), le 27 avril. — Rachi-anesthésie excellente. Résection de la cicatrice. Libération un peu laborieuse de la vésicule qui n'est pas grosse et présente de multiples adhérences. Anastomose à 3 plans de suture avec l'antrum pylorique. Trait de section parallèle aux fibres circulaires de l'estomac, sur 2 centimètres. Suture de la paroi.

Revue le 19 juillet 1929, l'opérée digère bien, ne souffre pas, a engraisé. L'examen radiologique ne montre pas de reflux gastrique dans la cavité vésiculaire.

En août, pendant deux semaines, quelques mauvaises digestions accompagnées de céphalées, puis tout rentre dans l'ordre. Puis la malade devint enceinte et nota alors quelques vomissements teintés de bile. Elle accoucha en juillet 1930. Santé parfaite jusqu'en avril 1931. De nouveau apparaissent de temps en temps des migraines et des digestions lentes — pas de douleurs vésiculaires, mais quelques maux de rein.

Revue en octobre 1931, elle se déclare très satisfaite du résultat opératoire et sait qu'avec repos et régime elle amende à coup sûr les troubles qu'elle a présentés à plusieurs reprises.

Nous avons, le 26 octobre, tenté une exploration fonctionnelle de la cholécystogastrostomie, mais l'opérée ne sait pas avaler le tube d'Einhorn, et l'examen radiologique (clichés en série notamment) ne nous a pas montré de reflux. Notons cependant qu'il a déclenché le soir un petit épisode douloureux accompagné de quelques frissons.

Le 3 mars 1932, présentée à la Société de Chirurgie de Lyon, l'opérée déclare aller très bien, a repris de 4 kilos, teint clair, ne souffre plus. Les digestions sont peut-être un peu lentes, mais ni frissons, ni ictère. A eu la grippe en janvier, sans aucun retentissement hépatique.

OBSERVATION IV

Jeune femme, âgée de 19 ans, entrée dans le service de M. le Professeur Bérard, le 16 octobre 1929.

Malade envoyée dans le service par le Docteur Guilleminet. Rien à signaler dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Elle fait remonter l'affection actuelle à 2 ans. Cela commença par des troubles digestifs étiquetés embarras gastrique, quelques nausées le matin parfois, pas de constipation ni de diarrhée. Toutefois ces troubles étaient suffisants pour que la malade s'en inquiétât et suivit un régime assez sévère : pas de lait, pas d'œufs, viandes roties. En vain d'ailleurs.

Il y a 6 mois apparurent assez fréquemment, la nuit, des douleurs d'estomac violentes, de plus en plus fréquentes et de plus en plus prolongées. A noter alors de rares vomissements bilieux. En somme un pseudo tableau gastrique.

A noter encore depuis longtemps un point douloureux qui en imposa pour une névralgie et sur lequel des pointes de feu restèrent sans action.

Ce point douloureux était ressenti à droite, tantôt sous le rebord costal, tantôt dans l'épaule.

La malade, depuis 1 mois, aurait maigri de 5 kilogs et perdu l'appétit.

Elle aurait eu aussi des épistaxis.

Il y a quinze jours, nouvelle crise gastrique avec point douloureux concomitant et irradiation dans le dos, quelques vomissements alimentaires mais non bilieux — depuis quel-que temps d'ailleurs la malade ne vomissait plus de bile — pas de température.

Le lendemain gros ictère, constipation pendant 3 jours, puis diarrhée. Les selles étaient jaunes, les urines très foncées.

A l'entrée, malade affaiblie, encore ictérique, selles encore décolorées, urines toujours foncées. A la palpation, non

douloureuse, on ne perçoit pas la vésicule. La rate n'est pas perçue.

Température : 37° - $37^{\circ}5$ $\pi = 110$.

Examen des urines :

Acides biliaires, néant.

Pigments biliaires, néant.

Urobiline, traces.

Deux tentatives de tubage duodénal sont effectuées sans résultat le 21 et le 23 octobre. Le tube reste dans l'estomac.

Radiographie, le 29 octobre, après injection de tétraïode ; ne met pas la vésicule en évidence.

Intervention par le Docteur Guilleminet, le 25 octobre. — Incision sous-costale, région sous-hépatique libre de toute adhérence. Vésicule épaisse, à parois blanchâtres qui se vide sous la pression du doigt. La palpation ne révèle aucun calcul vésiculaire, ni de la voie biliaire principale. La ponction donne une bile épaisse, foncée, dont on conserve un échantillon pour une culture. On hésite à faire une cholécystectomie et on se contente de drainer la vésicule. Cholécystostomie par la technique habituelle.

Suites opératoires : très simples. Le drainage a très peu fonctionné, à peine un jour ou deux, mais les douleurs accusées par la malade ont disparu dès les premiers jours.

Le 11 novembre (Docteur Mallet-Guy). — Température normale. Subjectivement, disparition des douleurs et surtout disparition radicale des troubles digestifs, appétit considérable et la malade déclare manger deux fois plus qu' auparavant.

Objectivement, l'écoulement de bile qui était de 220 cc. les 24 premières heures, est tombé au deuxième jour à 20-30 cc.

Depuis 4 à 5 jours, à l'écoulement bilieux s'est substitué, sans qu'il y ait augmentation de l'excrétion, un liquide muqueux. Du 15 au 16 novembre on a recueilli pendant 24 heures, 3 heures par 3 heures, le liquide excrété :

12 h. à 15 h. =	1 cc.	liquide	un peu coloré
15 h. à 18 h. =	3 cc.	liquide	plus coloré.
18 h. à 21 h. =	1 cc.	—	—
21 h. à 0 h. =	1 cc.	—	clair
0 h. à 3 h. =	1/2 cc.	—	—
3 h. à 6 h. =	1/2 cc.	—	—
6 h. à 9 h. =	1 cc.	bile	
9 h. à 12 h. =	1/2 cc.	—	

Radioscopie le 19 novembre 1929 (Docteur Mallet-Guy). — Radioscopie lipiodolée. On est obligé de rouvrir la fistule qui s'était fermée hier au soir, 10 cc. de lipiodol suffisent à remplir la vésicule, la voie biliaire principale, les voies biliaires intrahépatiques dont le chevelu se dessine immédiatement. Tout ceci est très rapide et d'emblée il passe du lipiodol dans le duodénum, la vésicule se contracte énergiquement, le cholédoque ne présente pas de point rétréci et même la région sphinctérienne ne marque pas le rétrécissement habituellement si net. Il s'agit d'une vésicule intolérante. Il n'y a pas de sténose en aval, mais on note que la deuxième portion du duodénum reste remplie, que les contractions très faibles qui se dessinent à son niveau n'arrivent pas pendant 10 minutes à faire franchir la saillie de la colonne, comme s'il existait un degré de sténose sous-vatérienne. Il est difficile de préciser le rapport qui peut exister entre ces deux troubles fonctionnels.

En tout cas il faut se féliciter d'avoir respecté la vésicule qui en tout état de cause n'est pas malade et dont les troubles fonctionnels traduisent seulement une lésion sous-jacente.

Radiographie le 20-11-29.

1° Une heure après l'injection, il ne reste rien dans les voies biliaires que quelques petits tortillons dans le cystique et un tout petit culot dans la terminaison du cholédoque ; quelques taches duodénales ; le reste du lipiodol est dans le jéjunum.

2° Injection de 12 cc. de lipiodol. La vésicule est vue se contractant assez énergiquement, le cholédoque est un peu dilaté, pas de dessin de l'hépatique, sauf quelques taches

de la bifurcation; pas de dessin du chevelu hépatique, malgré qu'on ait vu une injection complète du foie à la radioscopie. Cette radiographie a été faite de suite après l'injection, et déjà toute la deuxième portion du duodénum est remplie de lipiodol. Rien n'a franchi la saillie vertébrale. Pas de dessin particulier de l'ampoule de Vater.

3° En position oblique, car on avait constaté à la radioscopie une superposition des ombres. Rien de nouveau; la malade a un peu bougé.

4° Dix minutes après. La vésicule est déjà presque vidée. Il reste des traces dans le cystique, l'hépatique, le confluent, le cholédoque. Encore un paquet de lipiodol dans la deuxième partie du duodénum. La quatrième portion et l'angle duodéno-jéjunal se dessinent très bien.

En résumé, les réactions des voies biliaires sont presque normales. Il s'agit d'une vésicule un peu intolérante. On ne note pas de douleur au cours de l'injection vésiculaire qui est parfaitement supportée. Peut-être la cause du trouble fonctionnel doit-elle être cherchée ailleurs, dans le duodénum par exemple.

Tubage duodéal, le 21 novembre 1929. On pratique un tubage duodéal. Pendant 24 heures la fistule a donné très peu et uniquement du mucus. A jeûn, 20-30 cc. de bile A. L'épreuve de Meltzer-Lyon n'est pas douloureuse et ne détermine pas l'excrétion duodénale de bile B. On retire seulement 5 cc. de bile un peu trouble, mais d'aspect cholédocien. Par contre l'orifice de cholécystostomie qui n'avait donné aucun écoulement de bile pendant les 24 heures se met à excréter une quantité de bile concentrée B, schématique, vert-bouteille.

8 janvier 1930. — La malade avait été priée de revenir donner de ses nouvelles. Se présente en excellent état, ne suit aucun régime, mange de tout. Bonne mine. A repris 7 kgs 500 sur le poids qu'elle avait avant l'intervention.

La cicatrisation de la fistule biliaire s'est faite rapidement. Cicatrice solide avec bonne reconstitution du grand droit.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires, le 10 janvier 1930 ;

1° Cholécystographie, pas d'image.

2° Tubage duodénal, à jeûn on retire 30 cc. de liquide.

Epreuve de Meltzer-Lyon : Très rapidement, trois biles apparaissent :

10 cc. de bile A.

10 cc. de bile plus foncée que l'on peut identifier comme étant de la bile B, car derrière elle viennent 10 cc. de bile C.

Aucune douleur n'a marqué l'excrétion vésiculaire, ni aucune sensation nauséuse.

Examen bactériologique de la bile B.

Conclusion : Au tubage duodénal, réaction sensiblement normale des voies biliaires, avec cependant défaut de concentration de la bile B et aussi une trop petite quantité de bile B. Il semble que la vésicule intolérante ait repris une certaine tolérance.

Quant à la cholécystographie, elle est négative, ce qui prouve l'extrême sensibilité de la méthode.

30 mai 1930. Vient donner de ses nouvelles. Va tout à fait bien. Aucun malaise douloureux. Suit un régime. Digestions normales.

Poids, 42 kgs avant l'intervention, 51 kgs au début de 1930, 49 kgs actuellement.

Travaille modérément.

Très satisfaite du résultat, se plaint seulement de quelques picotements dans la cicatrice.

6 octobre 1930 : Depuis sa dernière visite, la malade se plaint d'aller moins bien. Nausées fréquentes, vomissements de loin en loin, obligée de suivre un régime, poids stationnaire 48 kilogs.

A l'examen rien de particulier, sinon un point de Mac Burney net. On pense au rôle de l'appendicite chronique.

OBSERVATION V

Femme de 48 ans, ayant eu une excellente santé jusqu'en 1924. Cinq grossesses, dont 4 menées à bien avec enfants bien portants. Aucune maladie n'est relevée dans ses antécédents, aucun passé digestif.

A 42 ans débute l'affection qui la conduira 4 fois sur la table d'opération : Ce sont des crises de coliques hépatiques nettes avec douleurs vives, irradiées dans l'épaule droite. Il semble que certaines d'entre elles aient été accompagnées de frissons discrets et suivis, — mais la malade n'est pas très affirmative à ce sujet, — de subictère conjonctival et de coloration légère des urines. La température fut prise à plusieurs reprises et ne dépassa jamais 37°8.

D'emblée, l'affection semble sévère. Pendant 2 ans, la malade souffrit presque chaque semaine. Les crises devenant plus fréquentes encore, se répétant parfois même chaque jour, l'état général s'altérant, un amaigrissement sensible s'accusant, elle décide de consulter un chirurgien.

Une première intervention est pratiquée en novembre 1926, à l'Hôpital Sainte-Foy : cholécystostomie ayant permis l'ablation de cinq calculs. Les douleurs ont disparu, mais une fistule biliaire persiste, abondante, non totale.

En juin 1927, cholécystorraphie sous anesthésie locale, suivie à brève échéance de la réapparition des crises douloureuses, aussi vives qu'avant la première intervention, et qui tendent rapidement à devenir presque quotidiennes.

La malade réclame une nouvelle intervention qui, pratiquée en novembre 1929 — réouverture de la bouche cutanéovésiculaire — ne suffit pas à faire rétrocéder le syndrome douloureux qui semble cependant avoir perdu de son intensité.

C'est alors en janvier dernier, qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul.

Une exploration fonctionnelle des voies biliaires est entreprise (Docteur Mallet-Guy). La malade passe à cet effet dans le service du Professeur Bérard.

A. — Le 21 janvier, un examen radioscopique du transit biliaire est pratiqué. 10 cc. de lipiodol injectés par la fistule suffisent à remplir non seulement la vésicule qui se vide instantanément, tandis qu'une sensation douloureuse nette est accusée par la malade, mais encore tout l'arbre biliaire depuis l'ampoule de Vater jusqu'aux ramifications intrahépatiques de troisième grandeur. Presque d'emblée, le lipiodol

passé dans le duodénum. Il n'y a pas d'obstacle sur la voie principale, pas d'image de calculs. L'hypothèse de lithiase cholédocienne qui venait à l'esprit devant cette histoire clinique, doit être abandonnée.

Physiologiquement, cette malade présente le syndrome d'intolérance vésiculaire. L'on note, d'autre part, au niveau du cholédoque, l'absence de ces ondes péristaltiques qui, normalement, propulsent la colonne lipiodolée. La voie principale, non dilatée, semble se comporter comme un conduit à paroi rigide, ayant perdu toute contractilité.

Des radiographies sont pratiquées le même jour :

1° Un quart d'heure après l'injection dont nous venons de décrire le transit, il ne reste plus rien dans la vésicule et seulement des traînées opaques discontinues dans l'hépatocolédoque.

2° Un nouveau cliché pris tout de suite après une réinjection de 10 cc. de lipiodol confirme la réplétion instantanée de l'arbre biliaire. Il permet d'analyser la morphologie du cholédoque : non dilaté, présentant un dessin absolument régulier, il suit un trajet assez normal : sur 3 centimètres il se dirige horizontalement en dedans, puis se coude à angle droit, descend verticalement le long du bord droit de la première lombaire, pour se couder à nouveau à son bord inférieur, et se diriger horizontalement en dehors vers le duodénum.

3° Dix minutes après, un dernier cliché apporte quelques précisions sur l'ampoule de Vater qui est normale et confirme les renseignements obtenus.

B. — Le 23 janvier, le tubage duodénal montre la présence de bile claire, bile A dans le duodénum, tandis que par la fistule s'écoule une quantité abondante et inusitée de bile foncée. Aucune chasse duodénale n'est obtenue par l'épreuve de Meltzer-Lyon qui, par contre, stimule l'excrétion de bile B par la fistule. Ce n'est qu'au bout d'un quart d'heure que l'on peut recueillir par le tube un peu moins de 10 cc. de bile jaune d'or, qui a la signification de bile C, bile hépatique.

C. — On complète ces examens divers par l'analyse, 3 heures par 3 heures, de l'écoulement fistulaire.

Du 23 janvier à midi au 24 janvier à la même heure, on peut établir le tableau suivant :

12 h. à 15 h.	=	3 cc. bile B
15 h. à 18 h.	=	3 cc. bile A
18 h. à 21 h.	=	2 cc. mucus incolore
21 h. à 24 h.	=	1 cc. — —
0 h. à 3 h.	=	1 cc. — —
3 h. à 6 h.	=	10 cc. bile A
6 h. à 9 h.	=	2 cc. bile A
9 h. à 12 h.	=	1 cc. mucus.

Ce qui correspond à la dissociation bilio-muqueuse banale, en l'absence de toute hypersécrétion de mucus vésiculaire.

D. — Il est donc permis de conclure de ces différentes recherches, que :

1° Il n'existe pas d'obstacle élevé sur la voie biliaire principale ;

2° Il n'existe pas non plus à l'origine de la fistule un état de stase vésiculaire, entretenue par un obstacle du cystique, ou une hypersécrétion muqueuse ;

3° Une cholécystectomie est formellement contrindiquée par les réactions vésiculaires intolérantes ;

4° La lésion en cause paraît représentée par un état très spécial du cholédoque, rigide, coudé, adhérent, incontractile, incapable de jouer son rôle normal dans l'excrétion biliaire.

Une cholécysto-gastrostomie est alors pratiquée (Professeur Patel), le 29 janvier 1930 : incision en T circonscrivant l'orifice de la fistule et dont la branche verticale descend le long du grand droit. Dissection aisée de la vésicule. L'exploration du pédicule hépatique et du pancréas ne montre ni tuméfaction ni calcul. Anastomose au niveau de l'antrum pylorique incisé parallèlement aux fibres circulaires.

Epiplooplastie.

Suites opératoires simples. Pas de vomissement bilieux.

Disparition totale des phénomènes douloureux qui n'ont plus reparu depuis l'intervention.

Examen radiologique :

Nous avons pratiqué, le 26 février 1930, un examen radiologique de l'estomac qui présente une motricité et une évacuation normale. L'épreuve de la sangle ne détermine aucun reflux dans la vésicule anastomosée. L'examen de quatre clichés pris en position debout et en décubitus, — tout de suite après ingestion de baryte et une heure après — ne montre aucune image anormale.

Le tubage gastroduodénal simultané sur les détails duquel nous n'insisterons pas, indique qu'il existe peu de bile à jeûn dans l'estomac, que l'anastomose ne semble jouer que de façon intermittente. Dans le duodénum s'excrète toujours une certaine quantité de bile claire.

L'opérée est revenue se montrer le 3 avril en parfait état. Elle est enchantée du résultat obtenu, n'a plus présenté d'épisodes douloureux, digère bien et, malgré quelques écarts de régime qu'elle s'est déjà permis, n'accuse plus aucun trouble digestif. L'examen abdominal est négatif. La reprise de poids est évidente.

Cependant, cette guérison qui semblait parfaite, ne se maintient que 4 mois. Le 2 décembre 1930, la malade revient consulter, déclarant que peu à peu sont réapparues des crises douloureuses sans fièvre ni ictère. Elle signale bien que son teint a un peu jauni depuis quelques semaines, mais sans que l'on puisse retrouver de subictère de conjonctives. Enfin quelques vomissements bilieux sont survenus à jeûn et une opiniâtre constipation s'est réinstallée.

Un tubage gastro-duodénal simultané donne, le 13 décembre, d'intéressants renseignements sur le fonctionnement de la bouche anastomotique :

A 11 heures, un premier tube, ingéré la nuit, est dans le duodénum : on ne retire rien. Un deuxième tube est dégluti et de l'estomac arrive une certaine quantité de liquide ne contenant pas de bile.

Une injection de sulfate de magnésic faite dans le duodé-

num déclanche d'abord seulement une excrétion par la bouche anastomotique : On retire par le tube gastrique 40 cc. d'un liquide nettement coloré de bile, se fonçant progressivement et présentant les réactions caractéristiques de la bile. Cinq à dix minutes après, apparaît dans le duodénum une chasse biliaire peu abondante et constituée uniquement par de la bile A. Avec un synchronisme parfait, la malade accuse quelques douleurs très vives, analogues à celles qui caractérisent les crises spontanées et accompagnées de nausées.

Enfin l'épreuve au bicarbonate de soude détermine une abondante sécrétion gastrique non mêlée de bile.

Il est permis de conclure de ces recherches :

- 1° Que l'anastomose est perméable ;
- 2° Qu'elle est continente et que, d'autre part, elle est fonctionnellement fermée à jeûn et lors du travail gastrique ;
- 3° Que la plus grande partie de l'excrétion biliaire se fait par la bouche anastomotique ;
- 4° Enfin que la chasse duodénale normale, coïncidant avec les sensations douloureuses accusées par la malade, doit en être tenue pour responsable.

L'exploration fonctionnelle que nous avons pratiquée dans les suites immédiates de l'intervention avait, sauf sur ce dernier point, donné des indications superposables.

Le 25 avril 1931, un nouvel examen est pratiqué dans les mêmes conditions. Restée 2 mois sans souffrir, la malade accuse encore les mêmes symptômes malgré le repos et le régime qui lui ont été conseillés.

Tubage gastroduodéal : A jeûn dans le duodénum, quelques gouttes de liquide incolore et dans l'estomac liquide coloré de bile. L'injection duodénale de sulfate de magnésie, répétée 10 minutes après, déclanche des douleurs semblables aux douleurs spontanées, mais ne donne absolument aucune chasse biliaire par l'ampoule de Vater. Ce n'est qu'un quart d'heure après, qu'en même temps que la malade accuse une sensation de soulagement, l'on peut retirer de l'estomac un liquide fortement teinté de bile, 60 cc. Les douleurs ont alors disparu complètement.

La cause de cette imperméabilité cholédocienne nous échappant, une intervention exploratrice est faite,

Le 9 mai 1931 (Professeur Patel), on arrive à dégager d'un foyer d'adhérences l'anastomose dont la perméabilité est confirmée. L'exploration de la région pancréatique montre une hypertrophie considérable de la tête du pancréas, dure et bosselée, sans que l'on puisse conclure à une lésion de nature néoplasique ou inflammatoire, par les seules constatations opératoires.

Les suites furent simples : A la suite de son départ de l'Hôtel-Dieu, le 27 mai 1931, la malade bénéficia pendant deux mois et demi d'une amélioration appréciable que nous attribuons plus au repos et au régime qu'à l'intervention elle-même qui ne fût qu'explorative. Elle présente seulement pendant cette période quelques petites crises douloureuses, qui peu à peu sont devenues plus fréquentes et plus intenses.

Actuellement elles apparaissent nettement en rapport avec le rythme digestif : survenant 2-3 heures après le repas et localisées à la région épigastrique, à l'hypocondre droit et s'irradiant dans la région dorso-lombaire. Au cours des crises douloureuses les plus marquées, la malade signale avoir ressenti des frissons, mais elle n'a pas pris sa température. Ni ictère, ni décoloration de matières.

L'état général s'est parfaitement maintenu. Le teint est clair, non ictérique. Peut-être doit-on retenir un très léger amaigrissement, mais la malade ne s'est pas pesée. Elle restreint d'ailleurs volontairement, depuis un mois, son alimentation pour diminuer ses douleurs.

L'examen de la région opératoire ne révèle rien d'anormal, si ce n'est qu'il provoque une douleur vive, spécialement dans la région pancréaticocholedocienne.

Nous avons pratiqué, le 14 novembre 1931, un examen radioscopique de l'estomac : nous avons retrouvé la déformation habituelle que l'on constate après cholécystogastrotomie, l'antrum pylorique étant attiré à droite et se superposant au bulbe duodénal ; pas d'image de reflux vésiculaire ; l'anse duodénale qui se dessine bien n'est pas élargie comme cela se voit dans l'évolution des tumeurs malignes de la tête du pancréas. Il semble seulement que le bulbe soit légèrement refoulé à droite. Evacuation gastrique normale.

Une notion se dégage de la lecture de ces observations, qui toutes correspondent à la définition du syndrome vésicule biliaire intolérante que nous avons donnée dans le chapitre précédent : c'est l'existence, à l'origine du syndrome, d'un obstacle relatif siégeant sur la partie basse de la voie biliaire principale. A vrai dire, cet obstacle manque dans l'observation IV, mais elle est d'un type un peu spécial, le syndrome étant plus ébauché que réellement constitué, ainsi qu'il est indiqué par l'examen radiologique. La lésion en cause semble ici être un état de stase duodénale. La sténose duodénale jouait peut-être le rôle d'une sténose de la région vatricienne, mais nous ne pouvons insister davantage. Il s'agit d'une observation unique, assez peu démonstrative, que nous ne faisons que signaler et que, dès maintenant, nous mettons à part. Si l'on étudie, au contraire, les quatre observations qui nous restent, l'on note avec une constance remarquable l'existence d'un obstacle bas situé sur la voie biliaire principale. Nos observations sont suffisamment précises pour que nous croyions pouvoir, malgré leur petit nombre, affirmer d'après elles que le syndrome « vésicule intolérante » n'est que la traduction clinique et fonctionnelle d'une sténose incomplète de la partie basse du cholédoque.

CHAPITRE TROISIÈME

Nature de l'obstacle cholédocien

Une de nos observations définit nettement la nature de l'obstacle en cause. C'est celle de MM. Patel et Mallet-Guy :

Cette observation paraît d'abord paradoxale, car, à vrai dire, l'étude radiologique du transit biliaire, si elle indiquait nettement les réactions d'intolérance vésiculaire, ne montrait pas d'obstacle sur le cholédoque, mais seulement l'image d'un cholédoque qui semblait rigide, coudé, adhérent, incontractile, incapable de jouer son rôle normal dans l'excrétion biliaire. MM. Patel et Mallet-Guy discutent ce point dans leur première communication et cherchent l'explication possible de cette donnée. Ils concluent en disant qu'il doit s'agir — mais sans pouvoir préciser plus — d'une sclérose cholédocienne ou péri-cholédocienne. La suite des événements donna la clé de l'énigme et la réintervention découvrit la lésion en cause, restée jusque-là introuvable, dans une hypertrophie très vraisemblablement inflammatoire de la tête du pancréas. L'évolution en remonterait à 1924,

où l'on note déjà des crises à type cholédocien, accompagnées de frissons discrets et suivies de subictère conjonctival et de coloration légère des urines. Au début de cette lésion, la voie biliaire principale, avant d'être comprimée et oblitérée, présente un trouble fonctionnel caractérisé par l'absence d'ondes péristaltiques, un conduit de calibre normal mais à paroi rigide et ayant perdu toute contractilité.

Voici donc une observation dans laquelle l'obstacle est nettement défini. C'est une compression cholédocienne par pancréatite chronique.

Il n'en est pas de même dans les autres cas. Le siège de la lésion est cependant net au niveau de la région vaticienne, mais rien ne permet de dire s'il s'agit d'un obstacle organique ou d'un obstacle fonctionnel.

En dehors des grosses lésions, calculs enclavés et tumeurs de la papille, la pathologie de l'ampoule de Vater est restée fort imprécise. On connaît fort mal l'histoire des rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels, l'histoire des ulcères ou des inflammations de la région vaticienne.

Il semble que l'on soit en droit d'invoquer l'une quelconque de ces hypothèses. On peut aussi parler d'un spasme dont il faudrait chercher la cause dans une lésion inflammatoire sous-jacente ou dans un déséquilibre vago-sympathique.

Westphal tire de ses expériences sur la physiologie des voies biliaires les conclusions suivantes :

Une légère excitation du pneumogastrique provoque une contraction de la vésicule biliaire et une dilata-

tion du cholédoque dans ses segments supérieur et moyen, tandis qu'on observe un péristaltisme net dans la région du sphincter d'Oddi. Mais une forte excitation du pneumogastrique provoque une contraction vésiculaire exagérée avec spasme total ou partiel de la partie duodénale du cholédoque. Cette contracture persistante à l'embouchure, provoque une dilatation progressive du cholédoque moyen et supérieur.

La paralysie du pneumogastrique par l'atropine donne le même tableau que l'excitation du sympathique, c'est-à-dire une chute du tonus de la vésicule avec dilatation apparente de la région duodénale, fermeture isolée de l'anneau sphinctérien, mais sans spasme.

La section du splanchnique dans la zone préganglionnaire est suivie de l'évacuation de la vésicule et d'une insuffisance relative du sphincter d'Oddi.

Ito Iwanaga s'est occupé plus spécialement du sphincter d'Oddi. Il arrive alors aux conclusions suivantes :

L'excitation du pneumogastrique provoque la contraction du sphincter, mais parfois on observe passagèrement, une minute après l'excitation, un relâchement apparent.

L'excitation du sympathique provoque nettement l'ouverture du cholédoque, mais parfois il y a contraction du sphincter par excitation du grand splanchnique droit, alors que le splanchnique gauche n'a aucun effet.

Il existe donc quelque incertitude et des désaccords

entre les divers auteurs au sujet de la physiologie du sphincter d'Oddi.

Cependant, il semblerait bien que l'excitation du pneumogastrique soit le facteur de l'évacuation de la vésicule et de la contraction du sphincter. Son hyperexcitabilité pourrait être cause de l'intolérance vésiculaire.

L'épreuve à la belladone, pratiquée chez un de nos malades, n'a pas donné de lumière sur le point de savoir ce que l'on doit penser de ce déséquilibre vago-sympathique.

Zander croit pouvoir affirmer, d'après plusieurs observations, la réalité de troubles fonctionnels par spasme du sphincter : il a découvert, au cours d'opérations effectuées sur des malades présumés atteints de cholécystite lithiasique, un fort élargissement du canal hépato-cholédoque. Il pense pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un spasme musculaire au niveau de l'ampoule de Vater, ce spasme pouvant être dû à des excitations d'origine psychique pure, ces malades étant souvent des sujets à système nerveux très excitable.

Liek, à l'origine des troubles fonctionnels des voies biliaires, admet que l'origine de ces troubles doit être recherchée au niveau des ganglions nerveux situés au voisinage du sphincter d'Oddi et même parfois jusqu'au niveau des ganglions du plexus solaire.

Elecker estime que c'est à partir de lésions vésiculaires que se déclanche le spasme réflexe.

La lésion la plus vraisemblable semble être une inflammation de la région valérienne. C'est une hypo-

thèse qui permet de concilier les deux mécanismes possibles de la sténose que nous venons de suggérer, sténose fonctionnelle, le spasme du sphincter d'Oddi n'étant que le symptôme de l'inflammation, sténose organique, un rétrécissement cicatriciel devant être l'aboutissant des lésions inflammatoires chroniques. De telles lésions ont d'ailleurs été observées ou leur existence a été supposée par divers auteurs :

MM. Mathieu et Cotte, s'ils ont émis l'hypothèse, au sujet de certaines vésicules douloureuses, de l'influence d'un obstacle cholédocien relatif, tel que coupure ou rétrécissement incomplet, compression par pancréatite discrète, spasme du sphincter d'Oddi, ont aussi parlé de cette variété de rétrécissement cicatriciel qui résulte de l'évolution d'un ulcère duodénal siégeant au niveau de l'ampoule de Vater.

Deux Argentins, Delfor del Valle et Donavans, ont décrit la « cholédoco-odditite rétractile chronique ». Ces auteurs pensent qu'on peut voir, à la suite d'une angiocholédocite, une inflammation chronique du sphincter d'Oddi qui, irrité, se met en état de spasme sous l'influence des causes les plus diverses, physiques ou morales, produisant un syndrome qui rappelle en tous points une crise de coliques vésiculaires. Parfois même il se produit une sclérose rétractile entraînant des troubles continuels.

CHAPITRE QUATRIÈME

Essai de physiologie pathologique

Comment pouvons-nous interpréter cette hyperkinésie vésiculaire, ces contractions très vives et spasmodiques, cette véritable danse au cours de laquelle tout le contenu vésiculaire est projeté avec une telle force dans les voies biliaires qu'il remonte jusque dans les canalicules hépatiques intra-parenchymateux ?

Il nous paraît logique d'admettre que de telles réactions de la vésicule biliaire ne sont que l'expression de l'hyperpéristaltisme qui est de règle en amont d'un obstacle incomplet et récent. Lorsque l'estomac, pour évacuer son contenu, se trouve gêné par un obstacle pylorique, il réagit en se contractant violemment pour vaincre la résistance qui s'oppose au libre passage des aliments. De même ici la vésicule ne peut évacuer la bile et réagit suivant le même mode, furieusement et avec une énergie exagérée. Ce n'est en somme que l'application d'une loi générale de physiologie pathologique. Il est vraisemblable que ce n'est là que le premier stade d'un état pathologique

qui ira en s'accroissant et au cours de l'évolution progressive duquel nous verrons peu à peu l'atonie se substituer à l'hypertonie. Comme le disent Chiray et Lomon : « Tout se passe comme dans certains estomacs à bas-fond large et ptosé qui luttent sans efficacité et par des contractions rares et de moins en moins fortes contre le spasme du pylore. » La dilatation cependant, due au relâchement des fibres musculaires qui renoncent à lutter, suivra une marche ascendante et progressive. Le cholédoque, sis directement en amont de l'obstacle, est le premier touché, cependant que la vésicule, située plus haut, conserve durant un temps plus long ses propriétés d'hypercontraction et ne se laisse distendre que plus tard, pour aboutir au stade terminal de vésicule de stase. La malade de MM. Patel et Mallet-Guy (observation V) ayant été observée au début de sa maladie, nous nous trouvons en présence d'un cholédoque rigide, coudé, adhérent, incontractile, qui se serait dilaté ultérieurement, ainsi que la totalité des voies biliaires, si on eût laissé l'affection suivre son cours normal.

Il peut, cependant, ne pas y avoir d'ictère malgré cette sténose de la voie biliaire principale. Or, d'après les auteurs classiques, l'ictère aurait une cause toute mécanique qui ne serait autre que la compression. Il y a donc contradiction entre la théorie classique et les faits observés. Notre camarade Jandot, dans sa thèse, met au point cette question. Il démontre que l'ictère, dans les pancréatites chroniques, ne dérive pas mathématiquement de la compression du cholédoque par la tumeur inflammatoire de la tête du

pancréas. En effet, il est des cas, d'une part, où une cholécystostomie ayant été pratiquée en période d'ictère, on a procédé à une exploration radiologique et on n'a pu déceler aucune image de compression.

D'autre part, on a opéré des inflammations chroniques de la tête du pancréas avec le diagnostic d'ulcère ou de cancer juxta-pylorique, et, dans ces cas, où l'on a trouvé les voies biliaires dilatées, où l'injection de lipiodol a prouvé l'existence d'une compression du cholédoque intra-pancréatique, il n'y avait cependant pas d'ictère concomitant. Il y a donc une autre cause que la compression dans la production de l'ictère. C'est un facteur infectieux surajouté : cholécystite, angiocholite ou hépatite.

En somme, le syndrome vésicule biliaire intolérante est un équivalent mineur de l'ictère par rétention. Une sténose se produit sur la voie biliaire principale. Rien ne nous permet encore au début de dépister cette sténose, si ce n'est l'intolérance de la vésicule qui traduit sa lutte contre un obstacle situé en aval. Nous sommes au stade préictérique de la sténose. On conçoit tout l'intérêt de cette notion, intérêt surtout évident au point de vue thérapeutique, et, s'il n'est pas possible avant l'opération de distinguer une lésion cholédocienne sous ce masque vésiculaire, tout au moins devons-nous penser à la possibilité de pareille lésion.

CHAPITRE CINQUIÈME

Thérapeutique Chirurgicale

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un syndrome vésiculaire pseudo-lithiasique résistant à une thérapeutique médicale bien conduite, que doit-il faire ? Peut-il, suivant ses tendances personnelles, pratiquer systématiquement et indifféremment dans tous les cas telle opération qui a sa préférence : cholécystectomie, cholécystostomie, cholécysto-gastrostomie. Non. Il doit se laisser guider, pour poser l'indication de telle ou telle intervention, par le fil conducteur que constitue l'analyse physio-pathologique du syndrome.

En ce qui concerne la cholécystectomie, par exemple, on considère, d'après les théories généralement admises, que l'ablation de la vésicule est toujours bien tolérée et amène la guérison des crises douloureuses dans la majorité des cas. C'est exact lorsqu'il s'agit de vésicules très modifiées, à parois épaisses et rigides, à contenu souvent restreint et où la vésicule est déjà fonctionnellement inexistante. Mais il n'en est pas de même dans les cas de vésicule biliaire in-

tolérante, où la lésion siège sur la voie biliaire principale et non sur la vésicule elle-même ; l'intolérance vésiculaire n'est en effet que la conséquence de la lésion de la partie basse du cholédoque. Alors même que l'on admettrait la théorie d'Elecker, d'après laquelle la cause de l'intolérance serait due à la vésicule elle-même, il serait fort imprudent, sur le vu d'une simple hypothèse, de procéder à une opération aussi grosse de conséquences que la cholécystectomie qui supprime la possibilité d'une réintervention ultérieure facile qui pourrait être rendue nécessaire par le réveil des douleurs. Nous possédons, d'ailleurs, une observation de mauvais résultats de la cholécystectomie chez une malade de M. Santy qui, à plusieurs reprises, a insisté sur le danger de cette opération dans un tel syndrome douloureux pseudo-lithiasique.

OBSERVATION :

F..., 42 ans, sœur hospitalière. Dans ses antécédents, on relève une fièvre typhoïde en 1908, compliquée de phlébite double. Depuis, la malade a toujours souffert de l'estomac et dans le côté droit, surtout par crises. Les douleurs apparaissent 3 à 4 heures après les repas.

En 1912, fortes crises douloureuses accompagnées de jaunisse, qui se répètent pendant 1 mois environ : la malade maigrit, perd 4 kilos. En 1920, nouvelle grosse crise suivie de jaunisse ; la malade doit garder le lit pendant 2 mois. A ce moment je conseille une intervention. Depuis, presque constamment, subsistent des douleurs plus ou moins aiguës, siégeant au creux de l'estomac, dans le côté droit, très localisées, mais irradiant dans l'épaule droite. Entre temps surviennent des épisodes aigus obligeant la malade à garder le

lit pendant plusieurs jours. En 1921, une cure de Vichy est suivie d'une petite amélioration, mais qui ne dura pas longtemps. La malade continue à maigrir et présente de légères élévations thermiques à 37°7 et 38°2, mais pendant 1 mois seulement. En 1923, nouveau séjour à Vichy, avec amélioration nette, permettant une alimentation suffisante. Les douleurs ont presque disparu. Puis brusquement, six semaines après, les douleurs réapparaissent intenses et l'intervention est décidée.

Elle est pratiquée le 27 août 1923 (Docteur Santy). On ne découvre aucune lésion manifeste des voies biliaires. La région sous-hépatique est libre de toute réaction inflammatoire. La vésicule, dont les parois sont opaques, n'est pas dilatée et ne contient pas de calculs ; le cholédoque présente un aspect également normal ; la tête du pancréas n'est pas augmentée de volume. La répétition et l'intensité des crises douloureuses semblent donc constituer une indication suffisante à la cholécystectomie qui est pratiquée. La vésicule ne présente aucune altération macroscopique de ses tuniques et ne contient pas de calculs mais une bile d'apparence normale. Bile stérile.

Les suites opératoires sont simples. Très vite remise, la malade reprend 7 kilos au cours de sa convalescence et ne ressent plus aucune douleur. La guérison semble parfaite. Mais, 8 mois après, épisode fébrile avec frissons, violents maux de tête, élévation thermique à 40°, 39°5 pendant 5 à 6 jours, avec réapparition des douleurs et quelque subictère.

A la suite de cet incident, des crises douloureuses se répètent, assez fréquentes, semblant se rapprocher de plus en plus : les douleurs, très vives, sont à peu près analogues à celles que ressentait la malade avant son opération, mais débutent plus brusquement.

Nous pensons, avec Lecène, que l'on a abusé de la cholécystectomie dans le traitement des syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques. En somme, lorsqu'une vésicule est presque saine d'aspect, pleine d'une bile d'apparence normale et stérile, avec une paroi sim-

plement un peu opaque et présentant quelques adhérences au côlon et au duodénum, la cholécystectomie est contre-indiquée, car, après une amélioration passagère, les troubles reparaissent plus ou moins intenses et la possibilité d'une réintervention est rendue très difficile.

La cholécystostomie suffit, dans certains cas de vésicules pseudo-lithiasiques — stase avec hypersécrétion musqueuse — à amener la guérison aisément et sans risques. Dans le cas d'intolérance vésiculaire, elle fait disparaître les phénomènes douloureux, mais c'est au prix de la persistance indéfinie d'une fistule biliaire, sous peine de voir reparaître les douleurs. Ce n'est donc pas l'opération idéale, mais elle est cependant nécessaire, car elle permet, par l'exploration radiologique au lipiodol, de poser nettement le diagnostic d'intolérance vésiculaire, que les autres modes d'investigation nous permettaient seulement de soupçonner et d'agir ultérieurement en toute connaissance de cause. On peut espérer qu'un jour, les méthodes d'exploration fonctionnelle des voies biliaires permettront un diagnostic suffisamment précis de l'affection, sans que l'on soit obligé de recourir à la cholécystostomie préalable ; du moins, à l'heure actuelle, garde-t-elle toute sa valeur, et s'il est une opération que l'on puisse pratiquer systématiquement, c'est bien celle-là, car elle présente l'avantage certain d'être une opération minime, facile, sans danger pour le malade, réservant la possibilité d'une réintervention.

Si nous nous basons sur les renseignements que nous fournit l'analyse physio-pathologique du syndro-

me « vésicule biliaire intolérante », le seul traitement logique est celui qui lèvera l'obstacle qui gêne le libre écoulement du flux biliaire. C'est ainsi que Delfor del Valle, dans le traitement de la cholédocolithite rétractile chronique, a eu deux succès en procédant à la dilatation du sphincter d'Oddi. De même, MM. Patel et Mallet-Guy ont envisagé la possibilité de pratiquer un drainage transvatérien du cholédoque par un tube de caoutchouc, à la manière de P. Duval, chez cette malade dont nous donnons l'observation et chez laquelle la cholécysto-gastrostomie ne donna qu'une amélioration passagère par suite de la persistance de chasses biliaires par l'ampoule de Vater.

Cependant, dans l'incertitude où nous nous trouvons de la lésion qui conditionne au niveau du sphincter la perturbation fonctionnelle des voies biliaires, l'intervention de choix reste la cholécysto-gastrostomie secondaire qui, en évitant au flux biliaire le passage de la région sphinctérienne, amène la disparition des douleurs et des troubles digestifs ressentis par la malade. Chez nos quatre malades traitées ainsi par l'anastomose, nous n'avons eu qu'un échec, signalé ci-dessus, dû à ce que, malgré la cholécysto-gastrostomie, des chasses biliaires continuaient à se faire par l'ampoule de Vater. Dans un autre cas, revu deux ans et dix mois après l'opération, on avait un résultat satisfaisant avec quelques séquelles fonctionnelles telles que des migraines et des digestions lentes de temps en temps, disparaissant sous l'influence du repos et du régime. Enfin, chez les deux autres ma-

lades qui avaient présenté une symptomatologie vésiculaire pure et jamais de signes d'angiocholite, contrairement à la malade dont nous venons de parler, les résultats de la cholécysto-gastrostomie étaient, quatre ans et dix mois après l'opération pour l'une, quatre ans et un mois après pour l'autre, absolument parfaits, les malades ayant vu disparaître douleurs et troubles fonctionnels sans que persistât aucune séquelle.

CONCLUSIONS

I. — L'analyse physio-pathologique des « syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques » permet son démembrement et tout particulièrement après cholécystostomie, l'exploration radiologique du transit biliaire (lipiodol) définit certains types bien tranchés de vices de fonctionnement vésiculaire.

II. — Aux vésicules de stase s'opposent ainsi, dissimulées sous un masque clinique analogue, les vésicules intolérantes.

III. — Ces réactions d'intolérance vésiculaire coïncident avec l'existence d'un obstacle relatif dressé dans la région sphinctérienne du cholédoque : elles en traduisent l'existence, elles ne représentent qu'un cas particulier de l'hyperpéristaltisme qui se voit en amont de tout obstacle.

IV. — La nature de cet obstacle est diverse. Elle a pu être précisée (pancréatite chronique). Mais le plus souvent elle reste incertaine. Il faut évoquer alors un spasme, une réaction inflammatoire du sphincter d'Oddi. Lorsque le traitement chirurgical est indiqué, la cholécystectomie ne fait qu'aggraver les troubles fonctionnels et laisse après elle une situation

qu'il devient dès lors extrêmement difficile de redresser. La cholécystostomie mérite donc de prendre sa place dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques. Elle supprime les douleurs, au prix d'une fistule biliaire, mais surtout elle donne la possibilité d'analyser le trouble fonctionnel et de porter le diagnostic de vésicule intolérante. Il semble que, dans la majorité des cas, la cholécysto-gastrostomie représente l'opération de choix. Elle est d'ailleurs parfaitement légitime, puisqu'il y a un obstacle sur la voie principale et ses résultats éloignés sont excellents.

V. — Il est permis d'espérer que de nouveaux progrès réalisés dans l'exploration fonctionnelle préopératoire des voies biliaires, éviteront, en faisant nettement le diagnostic du trouble vésiculaire, la succession des deux actes opératoires.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

BÉRARD, SAVY ET MALLET-GUY. — Du mécanisme de la douleur dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques : vésicules de stase et vésicules intolérantes. *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas de la Rate*, 1928, III, 13-38.

BÉRARD ET MALLET-GUY. — Physiologie et technique de la cholécysto-gastrostomie. *Journal de Chirurgie*, 1928, XXXI, 321-339.

— L'exploration radiologique des cholécystostomies, méthode d'analyse fonctionnelle des voies biliaires : le transit biliaire normal et ses types physio-pathologiques. *Revue de Chirurgie*, 1929, LXVIII, 614-645.

— Les indications légitimes de la cholécystogastrostomie. *Lyon-Chirurgical*, 1930, XXVII, 5-16.

— Résultat éloigné d'une cholécystogastrostomie pour syndrome vésiculaire douloureux déterminé par un état pathologique de la voie biliaire principale (vésicule intolérante). *Soc. Nat. de Méd. et Sc. Méd.*, 5 février 1930 ; *Lyon-Médical*, 1930, CXLV.

— Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. *Masson et Cie*, éditeurs, 1932.

— Résultats éloignés de cholécystogastrostomie pour syndromes pseudo-lithiasiques (vésicules biliaires intolérantes). *Soc. de Chir. de Lyon*, 3 mars 1932 ; *Lyon-Chir.*, 1932, XXIX, 582-586.

— Compression cholédocienne sans ictère par pancréatite chronique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 2 juin 1932 ; *Lyon-Chir.*, 1932, XXIX.

- BOYDEN. — An analysis of the reaction of human gallbladder to food. *Anatomical Record*, octobre 1928, pp. 147-189.
- BUFANO. — Contributo alla conoscenza delle sindromi determinate da ipertonía e da ipercinesia neurogena della cistifellea. *Riforma Medica*, 13 juillet 1931, p. 1.067.
- CHIRAY ET PAVEL. — Physiologie de la vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques. In *Traité de Physiologie de Roger*, t. III.
- CHIRAY ET LOMON. — Dystonies et Dyskinésies vésiculaires (vésicules atoniques et hyperkinétiques). *Arch. des Mal. de l'appar. dig.*, t. XX, janvier 1930, pp. 5-25.
- COPHER ET ILLINGWORTH. — Mechanism of emptying of the gallbladder and common duct. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, avril 1928, pp. 459-463.
- COTTE. — Cholécysto-gastrostomie dans le traitement des angio-cholécystites chroniques non calculueuses. *Soc. de Chir. de Paris*, 1925, p. 472 des bulletins.
- Sur l'exploration radiologique des voies biliaires avec injection de lipiodol après cholécystostomie ou cholédocotomie. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, juin 1929, pp. 863-871.
- L'exploration radiologique des voies biliaires après injection de lipiodol. *Journal de Chirurgie*, décembre 1929, pp. 737-754.
- DEL VALLE ET DONOVAN. — Cholédoco-oddite rétractile chronique. Conception clinique et chirurgicale. *Archives argentines des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1926.
- GINZBURG ET BENJAMIN. — Lipiodol studies of post-operative biliary fistulae. *Annals of Surgery*, 1930, pp. 233-241.
- HAMRICK. — The emptying of the gallbladder. Experimental study. *American journal of Medical Sciences*, august 1927, pp. 168-181.
- HAYASHI ET KITAKOJI. — Influence des cholagogues sur la fonction du sphincter d'Oddi. *Nagoya J. M. Sc.*, mars 1931, p. 75.

- HIGGINS ET MANN. — A physiologic and anatomic consideration of the sphincteric mechanism of the choledochus. *Anat. Rec.*, mars 1927.
- IVY ET OLDBERG. — Contraction and evacuation of the gallbladder by a purified secretin preparation. *Journal of the American Medical Association*, february 1928, p. 445.
- JANDOT. — Du déterminisme de l'ictère dans les pancréatites chroniques. *Thèse de Lyon*, 1932.
- KITAKOJI. — Effets du courant faradique et de certains poisons nerveux sur les fonctions du sphincter d'Oddi. *Nagoya J. M. Sc.*, novembre 1930, pp. 24-33.
- KRAUSE, WHITAKER. — Effect of different food substances upon emptying of the gallbladder. *American Journal of Physiology*, novembre 1928, pp. 172-179.
- LECÈNE. — Cholécystites chroniques non lithiasiques. *Thérapeutique Chirurgicale*, t. III, pp. 388 et seq.
- LEROUQUIER. — Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystostomies. *Thèse de Lyon*, 1928.
- LIEK. — Misserfolge nach Gallenstein-operationen. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. 128, 1924, p. 118.
- MADINAVEITIA. — Mécanisme d'évacuation de la vésicule. *Rev. Med. de Barcelona*, mai 1928, pp. 474-477.
- MATHIEU. — La cholécystogastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1920, pp. 1.200 et 1.261 des bulletins.
- NANU-MUSCEL ET PAVEL. — Sphincter d'Oddi : spasme cause d'ictère. *Presse Médicale*, 17 septembre 1930, pp. 1.260-1.263.
- OELECKER. — Ist der klinische Begriff der Stauungsgallenblase (Gallenblasenkolik ohne Steine) berechtigt oder gefährlich ? *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. CXXVIII, 1924, p. 141.
- PATEL ET MALLET-GUY. — Fistule vésiculaire, cholécystogastrostomie. *Soc. de Chir. de Lyon*, 3 avril 1930 ; *Lyon-Chir.*, 1930.

- Vésicule biliaire intolérante et pancréatite chronique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 novembre 1931 ; *Lyon-Chir.*, 1932, XXIX, pp. 199-207.
- SANTY ET MALLET-GUY. — La cholécystostomie dans le traitement des syndromes douloureux vésiculaires pseudolithiasiques. *Soc. de Chir.*, 17 février 1927 ; *Lyon-Chir.*, 1927, XXIV, pp. 462-468.
- SCHLANGER. — Examen au lipiodol dans un cas de cholécystite. *Prensa med. argentina*, 20 juin 1928, pp. 101-106.
- SCHÖNDUBE. — Über dysfunktionen stein-und entzündungsfreier gallenblasen. *Zeitschrift für klinische medizin*, 1929, t. 109, pp. 447-491.
- SCOTT ET WHITAKER. — Expulsion of its contents as a function of the gallbladder ; clinical application. *Journal of the American Medical Association*, juillet 1928, pp. 9-11.
- SPECHT. — Die funktion der sphincter choledochi. *Zentralbl. für Chir.*, 1924, pp. 2.263-2.265.
- TALMAN. — Über die klinische bedeutung der Stauungsgallenblase und über die dyskinetischen störungen in den gallenwegen. *Archiv. für klinische Chirurgie*, 1931, t. 166, pp. 425-473.
- WHITAKER. — Effet de l'élimination du sphincter d'Oddi sur la façon dont la vésicule se vide. *American Journal of Physiology*, janvier 1928, pp. 484-487.
- ZANDER. — Zum thema des Stauungsgallenblase und des Gallenkolikrezidivs. *Münchener Med. Wochenschr.*, 1923.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉAMBULE	9
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique des vésicules biliaires intolérantes	11
CHAPITRE II. — Documents cliniques	21
CHAPITRE III. — Nature de l'obstacle cholédocien	45
CHAPITRE IV. — Essai de physiologie pathologique	51
CHAPITRE V. — Thérapeutique chirurgicale	55
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	63
